(一般参加者用)

**令和5年度地域包括医療・ケア研修会　受講者申込書**

報告期限：令和5年12月15日 （金）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設（勤務先） | 都道府県 |  |
|  | 名称 |  |
|  | 電話番号 |  |
| ふりがな氏 名 |  | 職 種 |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 役 職 |  |
| 参加方法どちらかに☑ |[ ]  現地参加 |[ ]  WEB参加 |
| 請求書宛名 |  |
| 登録メールアドレス※必ずご記載ください |  |
| ※請求書・事前連絡・資料等については、全て上記登録メールアドレスへ送付いたします。　WEB参加の方にはWEB参加用URLも上記登録メールアドレスへお送りいたします。　お間違えの無いようにお願いいたします。 |
| 備考 |  |

**※ご登録いただいた個人情報は、本研修会の運営管理、実施及び参加者名簿作成等のご案内のためのみに使用いたします。**

 (公社)全国国民健康保険診療施設協議会